26113241

Encuesta Nacional de Salud de los Niños

Un estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para entender mejor los problemas de salud que enfrentan hoy día los(as) niños(as) en los Estados Unidos.

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo está obligada por ley a proteger su información. No se nos permite divulgar sus respuestas de una forma que pudiera identificar su hogar. La Oficina del Censo realiza esta encuesta conforme a la autoridad de la Sección 8(b) del Título 13 del Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 8(b)) y de la Sección 501(a)(2) de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. § 701). La ley Federal protege su privacidad y la confidencialidad de sus respuestas conforme a la Sección 9 del Título 13 del Código de los Estados Unidos (13 U.S.C. § 9). De acuerdo con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante controles aplicados a los sistemas que los transmiten.

Conforme a la Ley sobre la Privacidad de 1974 (Sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos), la Oficina del Censo mantiene estos registros en virtud de los Avisos sobre el Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) COMMERCE/CENSUS-3, Recopilación de Encuestas Demográficas (Marco de Muestreo de la Oficina del Censo). El acceso a los registros mantenidos en el sistema está limitado a los empleados de la Oficina del Censo y ciertas personas autorizadas por el Título 13 del Código de los EE. UU. (a quienes se designa como personas con estatus de juramentación especial). Estas personas están sujetas a los mismos requisitos de confidencialidad que tienen los empleados fijos de la Oficina del Censo.

La participación en esta encuesta es voluntaria y no hay sanciones por negarse a contestar las preguntas. Sin embargo, para obtener esta información tan necesaria, su cooperación es extremadamente importante a fin de garantizar resultados completos y precisos.

NSCH-S-T1
(04/10/2023)

Comience Aquí

Recientemente, usted completó una encuesta con preguntas sobre los(as) niños(as) que usualmente viven o se quedan en esta dirección. Gracias por el tiempo que dedicó a completar esa encuesta.

Ahora le haremos algunas preguntas de seguimiento sobre:

Si el nombre que aparece arriba es incorrecto o no corresponde a un(a) niño(a) que viva en este hogar, llame al 1-800-845-8241 para recibir ayuda.

Hemos seleccionado solo un(a) niño(a) por hogar con el fin de minimizar la cantidad de tiempo que se necesita para responder las preguntas de seguimiento.

La encuesta debe ser completada por el padre, la madre o un adulto cuidador que viva en este hogar y que esté familiarizado(a) con la salud y atención médica de este(a) niño(a).

Su participación es importante. Gracias.

A. La salud de este(a) niño(a)

A1 **En general, ¿cómo describiría la salud de este(a) niño(a) (cuyo nombre aparece más arriba)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A2 **¿Cómo describiría la salud dental de este(a) niño(a)?**

- ☐ Este(a) niño(a) no tiene dientes
- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

A3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tenido este(a) niño(a) dificultades FRECUENTES o CRÓNICAS con lo siguiente?**

	Sí	No
a. Respiración u otros problemas respiratorios (tales como respiración sibilante o falta de aire)	☐	☐
b. Comer o tragar debido a una afección	☐	☐
c. Digerir la comida, incluyendo problemas estomacales o intestinales, estreñimiento o diarrea	☐	☐
d. Dolor físico recurrente o crónico, incluyendo dolor de cabeza, dolor de espalda o dolor corporal	☐	☐
e. Dificultad para usar las manos	☐	☐
f. Coordinación o dificultad para moverse	☐	☐
g. Dolores dentales	☐	☐
h. Sangrado en las encías	☐	☐
i. Dientes deteriorados o caries	☐	☐

A4 **¿Tiene este(a) niño(a) lo siguiente?**

	Sí	No
a. Sordera o problemas de audición	☐	☐
b. Ceguera o problemas de la vista, incluso cuando usa anteojos o lentes	☐	☐

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A5 **Alergias (incluyendo a alimentos, medicamentos, insectos, estacionales o de otro tipo)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A6 **Asma?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

COPIA DE INFORMACION

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A7 **Una enfermedad autoinmune (como diabetes tipo 1, enfermedad celíaca o artritis idiopática juvenil)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **La afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A8 **Parálisis cerebral?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A9 **Diabetes tipo 2?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A10 **Epilepsia o trastornos convulsivos?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A11 **Afección o problemas cardiacos?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿nació este(a) niño(a) con esta afección?**

☐ Sí ☐ No

¿Tiene este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A12 **Dolores de cabeza frecuentes o intensos, incluyendo migrañas?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A13 **Síndrome de Tourette?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A14 **Problemas de ansiedad?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿tiene este(a) niño(a) estos problemas ACTUALMENTE?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, los problemas son:**

☐ Leves ☐ Moderados ☐ Graves

A15 **Depresión?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A16 **Síndrome de Down?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de atención médica ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene...

A17 **Trastornos sanguíneos (tales como anemia drepanocítica o de células falciformes, talasemia o hemofilia)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Le diagnosticaron a este(a) niño(a):

Anemia drepanocítica? ☐ Sí ☐ No

Talasemia? ☐ Sí ☐ No

Hemofilia? ☐ Sí ☐ No

Otros trastornos sanguíneos? ☐ Sí ☐ No

¿Fue alguno de estos trastornos identificado por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? *A estas pruebas de sangre a veces se las llama pruebas de detección para recién nacidos.*

☐ Sí ☐ No

A18 **Fibrosis quística?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Fue identificada esta afección por medio de una prueba de sangre poco después del nacimiento? *A estas pruebas de sangre a veces se las llama pruebas de detección para recién nacidos.*

☐ Sí ☐ No

A19 **Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)?**

☐ Sí ☐ No

¿Le ha dicho un médico, otro proveedor de atención médica o un educador ALGUNA VEZ que este(a) niño(a) tiene…

Ejemplos de educadores son los maestros y los enfermeros escolares.

A20 **Problemas de comportamiento o conducta?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿tiene este(a) niño(a) estos problemas ACTUALMENTE?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, los problemas son:**

☐ Leves ☐ Moderados ☐ Graves

A21 **Retraso en el desarrollo?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A22 **Discapacidad intelectual (anteriormente conocida como retraso mental)?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la discapacidad EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A23 **Trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A24 **Discapacidades del aprendizaje?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la discapacidad EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la discapacidad es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A25 **¿ALGUNA VEZ le ha dicho a usted un médico u otro proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) padece de Autismo o Trastorno del Espectro Autista (TEA)?** *Incluya los diagnósticos de Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).*

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta A30 en la página 5***

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

COPIA DE INFORMACIÓN

A26 **¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando su médico o proveedor de servicios de salud le dijo POR PRIMERA VEZ que tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**

☐☐ Edad en años ☐ No sabe

A27 **¿Qué tipo de médico u otro proveedor de servicios de salud fue el PRIMERO en decirle a usted que este(a) niño(a) tenía Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**
Marque UNA (X) en una casilla.

☐ Proveedor de atención primaria
☐ Especialista
☐ Psicólogo(a)/consejero(a) escolar
☐ Otro(a) psicólogo(a) (no escolar)
☐ Psiquiatra
☐ Otro(a), especifique:

☐ No sabe

A28 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Autismo, los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)?**

☐ Sí ☐ No

A29 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿han recibido usted o este(a) niño(a) tratamiento conductual por Autismo, Trastornos del Espectro Autista (TEA), Síndrome de Asperger o Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), tal como adiestramiento o una intervención para ayudarle con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A30 **¿ALGUNA VEZ le dijo a usted un médico u otro proveedor de servicios médicos que este(a) niño(a) padece del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **A33**

↳ **Si la respuesta es sí, ¿padece este(a) niño(a) la afección EN ESTE MOMENTO?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, la afección es:**

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

A31 **¿Toma este(a) niño(a) ACTUALMENTE medicamentos para tratar el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?**

☐ Sí ☐ No

A32 **En algún momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha recibido este(a) niño(a) tratamiento de la conducta para el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) o el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tales como adiestramiento o una intervención que usted o este(a) niño(a) haya recibido para ayudarle con su comportamiento?**

☐ Sí ☐ No

A33 **¿Piensa usted que este(a) niño(a) ha sufrido ALGUNA VEZ una conmoción o lesión cerebral?** *Una conmoción o lesión cerebral es cuando un golpe o sacudida de la cabeza causa problemas tales como dolores de cabeza, mareos, sensación de confusión, dificultad para recordar o concentrarse, vómito, visión borrosa, cambios de humor o comportamiento o pérdida de conciencia.*

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿ha buscado asistencia médica por parte de un médico o un proveedor de servicios de salud?**

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿le ha dicho su médico o su proveedor de servicios de salud que este(a) niño(a) ha sufrido una conmoción o lesión cerebral?**

☐ Sí ☐ No

A34 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia las afecciones o los problemas de salud de este(a) niño(a) han afectado su habilidad para hacer cosas que hacen otros(as) niños(as) de su misma edad?**

☐ Este(a) niño(a) no padece ninguna afección → ***PASE a la pregunta*** **B1** ***en la página 6***

☐ Nunca → ***PASE a la pregunta*** **B1** ***en la página 6***

☐ A veces

☐ Casi siempre

☐ Siempre

A35 **¿En qué medida las afecciones o los problemas de salud de este(a) niño(a) afectan su habilidad para hacer cosas?**

☐ Muy poco

☐ Algo

☐ En gran medida

COPIA DE INFORMACIÓN

B. Este(a) niño(a) cuando era bebé

B1 **¿Nació este(a) niño(a) más de 3 semanas antes de su fecha esperada de nacimiento?**

☐ Sí

☐ No

B2 **¿En qué mes y año nació este(a) niño(a)?**
Mes / Año de Nacimiento en 4 dígitos

☐☐ / 20☐☐

B3 **¿Cuánto pesó al nacer?** *Indique su respuesta en libras y onzas O en kilogramos y gramos. Su mejor estimado es aceptable.*

☐☐ libras **Y** ☐☐ onzas

O

☐☐ kilogramos **Y** ☐☐☐ gramos

B4 **¿Fue ALGUNA VEZ este(a) niño(a) amamantado(a) o tomó leche materna?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **B6**

B5 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando dejó COMPLETAMENTE de ser amamantado(a) o de tomar leche materna?** *Su mejor estimado es aceptable.*

☐ Este(a) niño(a) aún consume leche materna

O

☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

B6 **¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando fue alimentado con leche de fórmula para bebés por PRIMERA VEZ?** *Su mejor estimado es aceptable.*

☐ Este(a) niño(a) nunca recibió leche de fórmula para bebés

O

☐ Al nacer

O

☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

B7 **Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando ingirió por PRIMERA VEZ otros alimentos aparte de leche materna o de fórmula?** *Incluya agua, jugo, leche de vaca, agua con azúcar, comida de bebé o cualquier otro alimento. Su mejor estimado es aceptable.*

☐ Este(a) niño(a) nunca ha recibido otro alimento que no sea leche materna o leche de fórmula para bebés

O

☐ Al nacer

O

☐☐ días

O

☐☐ semanas

O

☐☐ meses

C. Servicios de cuidados de la salud

C1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue examinado(a) este(a) niño(a) por un médico, enfermera u otro profesional de la salud por una enfermedad, chequeos de bienestar infantil, exámenes físicos, hospitalizaciones u otro tipo de atención médica?** *Incluya visitas de atención médica realizadas por video o teléfono.*

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C4** ***en la página 7***

COPIA DE INFORMACIÓN

C2 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces tuvo este(a) niño(a) una consulta con un médico, enfermero(a) u otro profesional de la salud para realizarse un chequeo PREVENTIVO?**
Un chequeo preventivo hace referencia a que este(a) niño(a) no estaba enfermo(a) ni lesionado(a) cuando vio al profesional de la salud, tal como ocurre en un chequeo anual, un examen físico para hacer deporte o una visita de rutina.

- ☐ 0 visitas
- ☐ 1 visita
- ☐ 2 visitas o más

C3 **Pensando en la ÚLTIMA VEZ que llevó al (a la) niño(a) a un chequeo PREVENTIVO, ¿aproximadamente cuánto tiempo estuvo con usted el médico o proveedor de servicios médicos que examinó a este(a) niño(a)?**
Su mejor estimado es aceptable.

- ☐ Menos de 10 minutos
- ☐ De 10 a 20 minutos
- ☐ Más de 20 minutos

C4 **¿Le preocupa el peso de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí, este(a) niño(a) pesa mucho
- ☐ Sí, este(a) niño(a) pesa muy poco
- ☐ No, no me preocupa

C5 **¿Alguna vez un médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho a usted que este(a) niño(a) tiene sobrepeso?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C6 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le preguntaron los médicos o proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a) si usted tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje, desarrollo o conducta de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C7 ***Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 9 meses de edad. De lo contrario pase a la pregunta*** **C8**

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le pidió un médico u otro proveedor de servicios médicos a usted u otro cuidador que completara un cuestionario sobre las inquietudes u observaciones que pudiera tener sobre el desarrollo, la comunicación o el comportamiento social de este(a) niño(a)?
A veces el médico u otro proveedor de atención médica le solicitará al padre o la madre que complete el cuestionario en casa o durante una visita de rutina.

☐ Sí ☐ No

→ **Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 9 y 23 meses:**

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) habla o emite los sonidos del habla?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) interactúa con usted y los demás?

→ **Si la respuesta es sí, Y este(a) niño(a) tiene entre 2 y 5 años:**

¿Incluyó el cuestionario preguntas sobre sus inquietudes u observaciones acerca de:
Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ ¿Palabras y frases que este(a) niño(a) usa y comprende?
- ☐ ¿Cómo este(a) niño(a) se comporta y se lleva con usted y los demás?

C8 **¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador REGULARMENTE llevan a este(a) niño(a) cuando se enferma o cuando necesita consejos sobre su salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C10** ***en la página 8***

C9 **Si la respuesta es sí, ¿a dónde va este(a) niño(a) primero USUALMENTE?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Consultorio médico
- ☐ Sala de emergencias del hospital
- ☐ Departamento de pacientes ambulatorios del hospital
- ☐ Centro de atención de urgencias
- ☐ Clínica dentro de una farmacia o una tienda de comestibles
- ☐ Escuela (enfermería, oficina del entrenador deportivo)
- ☐ Otra clínica o centro de salud
- ☐ Algún otro lugar

COPIA DE INFORMACION

C10 **¿Hay algún lugar donde usted u otro cuidador REGULARMENTE llevan a este(a) niño(a) cuando necesita cuidado preventivo de rutina, tales como exámenes físicos o chequeos de bienestar infantil?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C12**

C11 **Si la respuesta es sí, ¿es el mismo sitio donde lleva a este(a) niño(a) cuando se enferma?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C12 **¿Este(a) niño(a) ha tenido ALGUNA VEZ un examen de la vista con un proveedor que no fuese un especialista de los ojos?** *El examen pudo haberse hecho en el consultorio del pediatra, en una escuela, centro de educación preescolar/guardería infantil, o en un entorno comunitario, usando dibujos, formas, letras o una herramienta similar a una cámara.*

- ☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿se recomendó que este(a) niño(a) viera a un especialista de los ojos u otro proveedor de atención ocular para un examen u otros servicios de vista como resultado del examen realizado?**
Un especialista de los ojos puede ser un optometrista o un oftalmólogo/oculista.

- ☐ Sí ☐ No

C13 **¿Ha visto este(a) niño(a) ALGUNA VEZ a un especialista de los ojos?** *Un especialista de los ojos puede ser un optometrista o un oftalmólogo/oculista.*

- ☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿que tipo de cuidados recibió este(a) niño(a) en el consultorio de un especialista de los ojos?**
Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ Le hicieron un examen de la vista
- ☐ Recibió una prescripción de anteojos o lentes de contacto
- ☐ Le diagnosticaron un problema de la vista que no es miopía, hipermetropía o astigmatismo
- ☐ Algún otro cuidado

C14 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) al dentista u otro profesional de la salud oral para recibir algún tipo de atención o cuidado dental u oral?**
Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ Sí, fue al dentista
- ☐ Sí, fue a otro(a) profesional de la salud oral
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C17**

C15 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visitado este(a) niño(a) un dentista u otro profesional de la salud oral para cuidado dental PREVENTIVO, tal como chequeo, limpieza dental, sellos dentales o tratamiento de fluoruro?**

- ☐ No tuvo visitas preventivas en los últimos 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **C17**
- ☐ Sí, 1 visita
- ☐ Sí, 2 visitas o más

C16 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿qué servicio(s) dental(es) PREVENTIVO(S) recibió este(a) niño(a)?**
Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.

- ☐ Chequeo
- ☐ Limpieza
- ☐ Educación sobre cepillado de dientes y cuidado de la salud oral
- ☐ Radiografías
- ☐ Tratamiento de fluoruro
- ☐ Sellador (revestimiento de plástico en dientes posteriores)
- ☐ No sabe

C17 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió este(a) niño(a) algún tratamiento, consejería o asesoría por parte de un profesional de salud mental?** *Los profesionales de salud mental incluyen psiquiátras, psicólogos(as), enfermeros(as) psiquiátricos(as) y trabajadores sociales clínicos.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitaba ver a un profesional de salud mental
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un profesional de salud mental → ***PASE a la pregunta*** **C19**

C18 **¿Qué tan difícil le resultó obtener el tratamiento, consejería o asesoría de salud mental que este(a) niño(a) necesitaba?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtenerlo

C19 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha tomado este(a) niño(a) algún medicamento por la dificultad para controlar sus emociones, su concentración o su comportamiento?**

- ☐ Sí
- ☐ No

COPIA DE INFORMACION

C20 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) a algún especialista aparte de un profesional de salud mental?** *Los especialistas son médicos como cirujanos(as), cardiólogos(as), alergistas, dermatólogos(as) y otros médicos que se especializan en un área de atención médica.*

- ☐ Sí
- ☐ No, pero este(a) niño(a) necesitaba ver a un especialista
- ☐ No, este(a) niño(a) no necesitó ver a un especialista → ***PASE a la pregunta*** **C22**

C21 **¿Qué tan difícil le resultó que este(a) niño(a) recibiera la atención del especialista que necesitaba?**

- ☐ No fue difícil
- ☐ Algo difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ No fue posible obtenerla

C22 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) atención médica en algún momento pero no la recibió?** *Por atención médica nos referimos tanto a la atención médica como a la atención dental, de la vista y de salud mental.*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C25**

C23 **Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de cuidado no recibió?** *Marque (X) en TODAS las opciones que correspondan.*

- ☐ Atención médica
- ☐ Cuidado dental
- ☐ Cuidado de la vista
- ☐ Cuidado de la audición
- ☐ Servicios de salud mental
- ☐ Otro(a), especifique:

C24 **¿Cuáles de las siguientes razones contribuyeron a que este (a) niño(a) no recibiera los servicios de salud necesarios?** *Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.*

	Sí	No
a. Este(a) niño(a) no era elegible para recibir los servicios	☐	☐
b. Los servicios que necesitaba este(a) niño(a) no estaban disponibles en su área	☐	☐
c. Hubo problemas para programar u obtener una cita cuando este(a) niño(a) la necesitó	☐	☐
d. Hubo problemas para obtener transportación o cuidado de los otros niños	☐	☐
e. El consultorio médico o la clínica no estaba abierto(a) cuando este(a) niño(a) necesitó atención	☐	☐
f. Hubo problemas relacionados con el costo	☐	☐

C25 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia se sintió frustrado(a) en sus esfuerzos para obtener servicios para este(a) niño(a)?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Casi siempre
- ☐ Siempre

C26 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces fue este(a) niño(a) a la sala de emergencias de un hospital?** *NO incluya las visitas a centros de atención de urgencias.*

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez
- ☐ 2-3 veces
- ☐ 4 o más veces

C27 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿fue este(a) niño(a) admitido(a) al hospital para quedarse por lo menos una noche?**

- ☐ Sí
- ☐ No

C28 **¿Recibió este(a) niño(a) ALGUNA VEZ un plan de educación especial o de intervención temprana?** *Los(as) niños(as) que reciben estos servicios a menudo cuentan con un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).*

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C31** ***en la página 10***

COPIA DE INFORMACIÓN

C29 **Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía este(a) niño(a) cuando se estableció el PRIMER plan?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

C30 **¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE servicios bajo alguno de estos planes?**

☐ Sí

☐ No

C31 **¿ALGUNA VEZ ha recibido este(a) niño(a) servicios especiales para manejar sus necesidades de desarrollo?** *Los servicios especiales pueden incluir terapias como del lenguaje, ocupacional, física o del comportamiento u otros servicios para satisfacer las necesidades relacionadas con el desarrollo.*

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **C34**

C32 **Si la respuesta es sí, ¿Qué edad tenía este(a) niño(a) cuando empezó a recibir estos servicios especiales?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

C33 **¿Recibe este(a) niño(a) ACTUALMENTE estos servicios especiales?**

☐ Sí

☐ No

C34 **¿ALGUNA VEZ le ha recomendado un médico, o un proveedor de servicios de salud, o un educador que se evalúe a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?** *Los educadores son por ejemplo maestros(as) y enfermeros(as) escolares.*

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

C35 **¿Se ha evaluado ALGUNA VEZ a este(a) niño(a) por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal?**

☐ Sí

☐ No

☐ No sabe

D. Experiencia con los proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a)

D1 **¿Tiene una o más personas que usted identifique como el médico o enfermero personal de este(a) niño(a)?** *Un médico o un enfermero personal es el profesional de la salud que conoce bien a este(a) niño(a) y está familiarizado con el historial médico de este(a) niño(a). Puede ser un médico general, un pediatra, un especialista, un enfermero especialista o un asistente médico.*

☐ Sí, a una persona

☐ Sí, a más de una persona

☐ No

D2 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿necesitó este(a) niño(a) una remisión para ver a algún médico o recibir algún servicio?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D4**

D3 **¿Qué tan difícil le resultó obtener remisiones?**

☐ No fue difícil

☐ Algo difícil

☐ Muy difícil

☐ No fue posible obtener remisiones

D4 ***Responda las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tuvo una visita médica EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. De lo contrario vaya a la pregunta*** **E1** ***en la página 11.***

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos o proveedores de servicios médicos de este (a) niño(a) hicieron lo siguiente...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Estuvieron tiempo suficiente con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
b. Lo(a) escucharon a usted con atención?	☐	☐	☐	☐
c. Mostraron sensibilidad por sus valores y costumbres familiares?	☐	☐	☐	☐
d. Le brindaron la información específica que necesitaba con relación a este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
e. Lo(a) hicieron sentir como un(a) colaborador(a) en el cuidado de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

D5 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, usted, otro cuidador o un proveedor de atención médica ¿tuvieron que tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de este(a) niño(a), como por ejemplo, dónde conseguir medicamentos, remisiones o procedimientos?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D7**

D6 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia los médicos u otros proveedores de servicios médicos de este(a) niño(a)...**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Han discutido con usted la gama de opciones a considerar para su cuidado o tratamiento médico?	☐	☐	☐	☐
b. Le hicieron fácil presentar las inquietudes o desacuerdo con las recomendaciones sobre la atención médica de este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐
c. Trabajaron con usted para decidir sobre las mejores opciones para el cuidado de salud y opciones de tratamiento para este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐

D7 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le ayudó alguien a coordinar la atención de este(a) niño(a) con los diferentes médicos o servicios que utiliza este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No vio a más de un proveedor de servicios médicos en los ÚLTIMOS 12 MESES → ***PASE a la pregunta*** **D11**

D8 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿sintió que podría haber usado ayuda adicional para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este(a) niño(a) con los diferentes proveedores o servicios de atención médica?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **D10**

D9 **Si la respuesta es sí, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia obtuvo la ayuda que deseaba para hacer arreglos o coordinar la atención médica de este(a) niño(a)?**

- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

D10 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuán satisfecho(a) estuvo con la comunicación entre los médicos de este(a) niño(a) y los demás proveedores de servicios médicos?**

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Algo satisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

D11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿se comunicó el proveedor de servicios médicos de este(a) niño(a) con la escuela, guardería o programa de educación especial al que asiste este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **E1**
- ☐ No fue necesario que el proveedor de servicios médicos se comunicara con estos proveedores → ***PASE a la pregunta*** **E1**

D12 **Si la respuesta es sí, durante este tiempo, ¿qué tan satisfecho(a) se ha sentido con la comunicación que el proveedor de servicios médicos de este(a) niño(a) ha tenido con la escuela, la guardería o el programa de educación especial?**

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Algo satisfecho
- ☐ Algo insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

E. Cobertura de seguro médico de este(a) niño(a)

E1 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿estuvo ALGUNA VEZ este(a) niño(a) cubierto(a) por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí, este(a) niño(a) tuvo cobertura durante los 12 meses → ***PASE a la pregunta*** **E3** ***en la página 12***
- ☐ Sí, pero este(a) niño(a) tuvo una interrupción en la cobertura
- ☐ No

E2 **¿Está este(a) niño(a) cubierto(a) ACTUALMENTE por ALGÚN tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta*** **F1** ***en la página 12***

COPIA DE INFORMACIÓN

E3 **¿Está este(a) niño(a) ACTUALMENTE cubierto(a) por alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura de salud?**
Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.

	Sí	No
a. Seguro a través de un empleador actual o previo o a través de un sindicato	☐	☐
b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguros	☐	☐
c. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier tipo de plan de asistencia del gobierno para personas con bajos ingresos o discapacidad	☐	☐
d. TRICARE u otros servicios de atención médica de las Fuerzas Armadas	☐	☐
e. Servicio de Salud Indígena (Indian Health Services)	☐	☐
f. Otro(a), especifique:	☐	☐

E4 **¿Con qué frecuencia el seguro médico de este(a) niño(a) ofrece beneficios o cubre los servicios que responden a las necesidades de este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

E5 **¿Con qué frecuencia el seguro médico de este(a) niño(a) le permite ver a los profesionales de cuidados de salud que necesita?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

F. Proveyendo para el cuidado de salud de este(a) niño(a)

F1 **Incluyendo los co-pagos y los montos reembolsados por la Cuenta de Ahorros para Salud (HSA, por sus siglas en inglés) y la Cuenta Flexible para Gastos (FSA, por sus siglas en inglés), ¿cuánto dinero pagó por los gastos de este(a) niño(a) relacionados con cuidados médicos, de salud, dental y de la vista DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?** *No incluya las primas o los costos del seguro que fueron o serán reembolsados por el seguro u otra fuente.*

- ☐ $0 (Sin gastos médicos o gastos relacionados con la salud) → ***PASE a la pregunta*** **F4**
- ☐ De $1 a $249
- ☐ De $250 a $499
- ☐ De $500 a $999
- ☐ De $1,000 a $5,000
- ☐ Más de $5,000

F2 **¿Con qué frecuencia son razonables estos costos?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

F3 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿tuvo su familia problemas para pagar las facturas médicas o de atención médica de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

F4 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted u otro miembro de la familia...**

	Sí	No
a. Dejó el trabajo o se ausentó unos cuantos días debido a la salud o afección(es) de este(a) niño(a)?	☐	☐
b. Redujo la cantidad de horas que trabaja debido a la salud o afección(es) médica(s) de este(a) niño(a)?	☐	☐
c. Evitó cambiar de trabajo para mantener el seguro médico para este(a) niño(a)?	☐	☐

COPIA DE INFORMACIÓN

F5 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedican usted u otros miembros de la familia a la atención médica de este(a) niño(a) en su hogar?** *El cuidado puede incluir cambiar vendajes o dar medicamentos y terapias cuando sea necesario.*

- ☐ Este(a) niño(a) no necesita atención médica en el hogar cada semana
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

F6 **EN UNA SEMANA PROMEDIO, ¿cuántas horas dedican usted u otros miembros de la familia a coordinar la atención médica o de la salud de este(a) niño(a), por ejemplo programar citas o localizar servicios?**

- ☐ Este(a) niño(a) no necesita atención médica coordinada cada semana
- ☐ Menos de 1 hora por semana
- ☐ De 1 a 4 horas por semana
- ☐ De 5 a 10 horas por semana
- ☐ 11 horas o más por semana

G. El aprendizaje de este(a) niño(a)

Conteste la siguiente pregunta sólo si este(a) niño(a) tiene al menos 1 año de edad. De lo contrario pase a la pregunta G29 en la página 16.

G1 **¿Puede este(a) niño(a) hacer lo siguiente...**
Marque una (X) en Sí o No para CADA opción.

	Sí	No
a. Decir al menos una palabra como "hola" o "perro"?	☐	☐
b. Utilizar 2 palabras juntas como "carro va"?	☐	☐
c. Utilizar 3 palabras juntas en una oración como "Mamá ven ahora"?	☐	☐
d. Hacer preguntas como "quién," "qué", "cuándo", "dónde"?	☐	☐
e. Hacer preguntas como "por qué" y "cómo"?	☐	☐
f. Contar una historia que tiene principio, desarrollo y fin?	☐	☐
g. Entender el significado de la palabra "no"?	☐	☐
h. Seguir una instrucción verbal sin tener que hacer gestos con las manos como "lávate las manos"?	☐	☐
i. Señalar cosas de un libro cuando se le pregunta?	☐	☐
j. Seguir instrucciones que constan de 2 pasos como "Busca tus zapatos y colócalos en la canasta"?	☐	☐
k. Entender palabras como "encima", "adentro" y "debajo"?	☐	☐

G2 **¿Es este(a) niño(a) de 3 años de edad o más?**

- ☐ Sí
- ☐ No → ***PASE a la pregunta G29 en la página 16***

G3 **¿Comenzó este(a) niño(a) la escuela?** *Incluya cualquier programa formal de enseñanza en el hogar (home schooling).*

- ☐ Sí, preescolar
- ☐ Sí, kindergarten
- ☐ Sí, primer grado
- ☐ No

G4 **¿Con qué frecuencia puede reconocer este(a) niño(a) el sonido inicial de una palabra?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que la palabra "pelota" comienza con el sonido de la letra "p"?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G5 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una lista de palabras que empiecen con el mismo sonido? Por ejemplo, ¿puede este niño(a) decir "sol" y "sopa?"**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G6 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) explicar cosas que ha visto o ha hecho de forma tal que usted pueda entender lo que pasó?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

G7 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) escribir su propio nombre, aún si algunas de las letras no son las correctas o están al revés?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G8 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) enfocarse en algo que usted le indique por al menos unos minutos?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) enfocarse en tareas sencillas?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G9 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) leer números de un dígito?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) leer los números 2 u 8?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G10 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) hacer una suma sencilla?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que dos bloques más tres bloques suman un total de cinco bloques?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G11 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) decirle qué grupo tiene más unidades?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decirle que un grupo de siete bloques tiene más que un grupo de cuatro bloques?*

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G12 **Si le pide que cuente objetos, ¿hasta qué número puede contar este(a) niño(a) correctamente?**

- ☐ Este(a) niño(a) no sabe contar
- ☐ Hasta cinco
- ☐ Hasta diez
- ☐ Hasta 20
- ☐ Hasta 30 o más

G13 **¿Aproximadamente cuántas letras del alfabeto puede reconocer este(a) niño(a)?**

- ☐ Todas
- ☐ Casi todas
- ☐ Aproximadamente la mitad
- ☐ Algunas
- ☐ Ninguna

G14 **¿Puede este(a) niño(a) decir palabras que rimen?** *Por ejemplo, ¿puede este(a) niño(a) decir que "gato" y "pato" riman?*

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rimar
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G15 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) reconocer y nombrar sus propias emociones?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

COPIA DE INFORMACIÓN

G16 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultades para cambiar de actividad cuando se le indica?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G17 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) juega bien con los(las) demás niños(as)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G18 **¿Con qué frecuencia se enoja este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G19 **¿Con qué frecuencia se distrae fácilmente este(a) niño(a)?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G20 **¿Con qué frecuencia muestra este(a) niño(a) inquietud cuando ve que otros(as) están lastimados(as) o infelices?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G21 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para calmarse?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G22 **¿Con qué frecuencia tiene este(a) niño(a) dificultad para esperar su turno?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G23 **¿Con qué frecuencia puede este(a) niño(a) continuar trabajando en algo aún cuando le resulte difícil?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G24 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) comparte sus juguetes o juegos con otros niños?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ Cerca de la mitad de las veces
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

G25 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) rebotar una pelota por varios segundos?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede rebotar una pelota
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

COPIA DE INFORMACION

G26 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar un círculo?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar un círculo
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G27 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una cara con ojos y boca?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una cara con ojos y boca
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G28 **¿Qué tan bien puede este(a) niño(a) dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas?**

- ☐ Este(a) niño(a) no puede dibujar una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas
- ☐ No bien
- ☐ Moderadamente bien
- ☐ Muy bien

G29 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a)…**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Es cariñoso(a) y tierno(a) con usted?	☐	☐	☐	☐
b. Se recupera rápidamente cuando las cosas no salen como quiere?	☐	☐	☐	☐
c. Muestra interés y curiosidad por aprender cosas nuevas?	☐	☐	☐	☐
d. Sonríe y se ríe	☐	☐	☐	☐

H. Acerca de usted y este(a) niño(a)

H1 **¿Nació este(a) niño(a) en los Estados Unidos?**

- ☐ Sí → ***PASE a la pregunta*** **H3**
- ☐ No

H2 **Si la respuesta es no, ¿cuánto tiempo ha vivido este(a) niño(a) en los Estados Unidos?**

☐☐ años **Y** ☐☐ meses

H3 **¿Cuántas veces se ha mudado este(a) niño(a) a una nueva dirección desde que nació?**

☐☐ Cantidad de veces

H4 **¿Con qué frecuencia este(a) niño(a) se va a dormir aproximadamente a la misma hora durante las noches entre semana?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

H5 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántas horas durmió este(a) niño(a) en un día normal o promedio (incluya sueño durante las noches y las siestas)?**

- ☐ Menos de 7 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ 9 horas
- ☐ 10 horas
- ☐ 11 horas
- ☐ 12 horas o más

COPIA DE INFORMACIÓN

H6 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) bebió bebidas azucaradas como gaseosa, jugos de fruta, bebidas deportivas o té dulce?** *No incluya los jugos de 100% fruta.*

- ☐ Este(a) niño(a) no consumió ninguna bebida azucarada
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H7 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió verduras?** *Incluya todas las verduras frescas, congeladas o enlatadas. No incluya papas fritas o chips de papa.*

- ☐ Este(a) niño(a) no comió verduras
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

H8 **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces este(a) niño(a) comió frutas?** *Incluya cualquier fruta fresca, congelada o enlatada. No incluya jugo.*

- ☐ Este(a) niño(a) no comió frutas
- ☐ 1-3 veces durante la semana pasada
- ☐ 4-6 veces durante la semana pasada
- ☐ 1 vez por día
- ☐ 2 veces por día
- ☐ 3 o más veces por día

Conteste las siguientes preguntas sólo si este(a) niño(a) tiene por lo menos 3 años. De lo contrario pase a la pregunta H11.

H9 **EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE SEMANA, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre?** *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, al aire libre cuando está en la escuela o la guardería infantil, en un parque, parque infantil u otra área de recreación al aire libre. Está bien que indique un cálculo aproximado.*

- ☐ Menos de 1 hora por día
- ☐ 1 hora por día
- ☐ 2 horas por día
- ☐ 3 horas por día
- ☐ 4 o más horas por día

H10 **EN UN DÍA DE SEMANA PROMEDIO, ¿cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) jugando al aire libre?** *Incluya el tiempo que pasa jugando en su patio o vecindario, en un parque, patio de juegos u otra área de recreación al aire libre. Su mejor estimado es aceptable.*

- ☐ Menos de 1 hora por día
- ☐ 1 hora por día
- ☐ 2 horas por día
- ☐ 3 horas por día
- ☐ 4 o más horas por día

H11 **EN LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA, ¿aproximadamente cuánto tiempo pasó este(a) niño(a) frente a una televisión, computadora, teléfono celular u otro dispositivo electrónico viendo programas, jugando juegos, accesando la internet o utilizando los medios de comunicación social?** *No incluya el tiempo dedicado a hacer tareas escolares.*

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ 1 hora
- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas o más

H12 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a este(a) niño(a)?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H13 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días usted u otros miembros de la familia le contaron un cuento o le cantaron canciones a este(a) niño(a)?**

- ☐ 0 días
- ☐ De 1 a 3 días
- ☐ De 4 a 6 días
- ☐ Todos los días

H14 **¿Cómo considera que sobrelleva las obligaciones cotidianas de la crianza de los(as) niños(as)?**

- ☐ Muy bien
- ☐ Algo bien
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada de bien

COPIA DE INFORMACIÓN

H15 **DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia sintió...**

	Nunca	En raras ocasiones	A veces	Casi siempre	Siempre
a. Que este(a) niño(a) es mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los(as) niños(as) de su edad?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Que este(a) niño(a) hace cosas que realmente le molestan mucho a usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Que estaba enojado(a) con este(a) niño(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

H16 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿hubo alguien a quién usted pudiera recurrir regularmente en busca de apoyo emocional relacionado con la crianza de los(as) niños(as)?**

☐ Sí

☐ No

H17 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted o alguien de la familia tuvo que renunciar al trabajo, no aceptar un trabajo o cambiar su trabajo radicalmente por problemas con el cuidado de este(a) niño(a)?**

☐ Sí

☐ No

I. Acerca de su familia y su hogar

I1 **DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿cuántos días se reunieron todos los miembros de la familia que viven en el hogar para comer juntos?**

☐ 0 días

☐ De 1 a 3 días

☐ De 4 a 6 días

☐ Todos los días

I2 **¿Alguien que vive en su hogar fuma cigarrillos, cigarros o tabaco de pipa?**

☐ Sí

☐ No → ***PASE a la pregunta*** **I4**

I3 **Si la respuesta es sí, ¿alguien fuma dentro del hogar?**

☐ Sí

☐ No

I4 **¿Alguna persona en su hogar usa cigarrillos electrónicos?**

☐ Sí

☐ No

I5 **DESDE QUE ESTE(A) NIÑO(A) NACIÓ, ¿con qué frecuencia ha sido muy difícil cubrir los gastos básicos, tales como alimentos o vivienda, utilizando sus ingresos familiares?**

☐ Nunca

☐ En raras ocasiones

☐ En algunas ocasiones

☐ En muchas ocasiones

I6 **¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor la capacidad de su hogar para poder costear los alimentos que necesitaba DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

☐ Siempre tuvimos suficiente dinero para comprar buenas comidas nutritivas.

☐ Siempre tuvimos suficiente dinero para comer, pero no siempre la clase de alimentos que deberíamos comer.

☐ A veces no teníamos suficiente dinero para comer.

☐ Con frecuencia no teníamos suficiente dinero para comer.

I7 **En algún momento, DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, aunque fuera durante un mes, ¿algún miembro de la familia recibió lo siguiente...**

	Sí	No
a. Ayuda en efectivo de un programa de asistencia social del gobierno?	☐	☐
b. Cupones para alimentos o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)?	☐	☐
c. Desayunos o almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela?	☐	☐
d. Tarjetas de débito para almuerzos escolares / Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés)?	☐	☐
e. Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)?	☐	☐

I8 **¿Recibe este(a) niño(a) SSI (por sus siglas en inglés), que es Ingreso Suplementario de Seguridad?**
SSI es diferente a la Seguridad Social.

☐ Sí ☐ No

↳ **Si la respuesta es sí, ¿es porque tiene una discapacidad?**

☐ Sí ☐ No

COPIA DE INFORMACION

I9 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en algún momento no pudo pagar su hipoteca o su alquiler a tiempo?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

I10 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia le preocupó o le estresó la posiblidad de un desalojo, una ejecución hipotecaria o que declarasen su casa no apta como vivienda?**

- ☐ Siempre
- ☐ Casi siempre
- ☐ A veces
- ☐ En raras ocasiones
- ☐ Nunca

I11 **DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en cuántos lugares ha vivido este(a) niño(a)?**

☐☐ Número de lugares

I12 **DESDE QUE NACIÓ ESTE(A) NIÑO(A), ¿alguna vez ha estado sin hogar o ha vivido en un refugio?** *Incluya el alojamiento en un refugio, motel, situación de vivienda temporal o de transición o sin un lugar estable para dormir.*

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

I13 **¿En su vecindario hay...**

	Sí	No
a. Aceras o paseos peatonales?	☐	☐
b. Un parque o área de juegos?	☐	☐
c. Un centro de recreación, centro comunitario o club de niños y niñas?	☐	☐
d. Una biblioteca o biblioteca ambulante?	☐	☐
e. Basura o desperdicios en las calles o aceras?	☐	☐
f. Hogares deteriorados o mal conservados?	☐	☐
g. Vandalismo, como ventanas rotas o grafitis?	☐	☐

I14 **¿En qué medida está de acuerdo con estas afirmaciones sobre su vecindario o comunidad?**

	Definitivamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Definitivamente en desacuerdo
a. La gente de este vecindario se ayuda mutuamente	☐	☐	☐	☐
b. En este vecindario cuidamos mutuamente de nuestros(as) hijos(as)	☐	☐	☐	☐
c. Este(a) niño(a) está seguro(a) en nuestro vecindario	☐	☐	☐	☐
d. Cuando enfrentamos dificultades, sabemos a dónde acudir para buscar ayuda en nuestra comunidad	☐	☐	☐	☐

I15 **Las siguientes preguntas son sobre eventos que pueden haber ocurrido durante la vida de este niño(a). Éstos pueden suceder en cualquier familia, pero algunas personas quizás se sientan incómodas con estas preguntas. Usted puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.**

A su entender, ¿ha experimentado alguna vez este(a) niño(a) una de las siguientes situaciones?

	Sí	No
a. Los padres o tutores se divorciaron o separaron	☐	☐
b. Los padres o tutores murieron	☐	☐
c. Los padres o tutores estuvieron en la cárcel o en prisión	☐	☐
d. Vio u oyó a sus padres o adultos abofetearse, golpearse, patearse o pegarse en el hogar	☐	☐
e. Fue víctima o testigo de violencia en su vecindario	☐	☐
f. Vivió con alguna persona que tenía una enfermedad mental, pensamientos suicidas o depresión grave	☐	☐
g. Vivió con alguna persona con problemas de alcohol o drogas	☐	☐
h. Fue tratado(a) o juzgado(a) injustamente por su raza o grupo étnico	☐	☐
i. Fue tratado(a) o juzgado(a) de forma injusta a causa de una afección o discapacidad	☐	☐

COPIA DE INFORMACION

I16 **Cuando su familia enfrenta problemas, ¿con qué frecuencia es probable que hagan lo siguiente?**

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
a. Hablar juntos sobre qué hacer	☐	☐	☐	☐
b. Trabajar juntos para resolver nuestros problemas	☐	☐	☐	☐
c. Concentrarnos en nuestras fortalezas	☐	☐	☐	☐
d. Mantener la esperanza aún en tiempos difíciles	☐	☐	☐	☐

I17 **DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿este(a) niño(a) ha tenido alguna visita de atención médica por video o teléfono?**

☐ Sí ☐ No

J. Cuidador(es) de este(a) niño(a)

Acerca de usted

J1 **¿Qué parentesco tiene con este(a) niño(a)?**

☐ Padre biológico o adoptivo/madre biológica o adoptiva
☐ Padrastro/madrastra
☐ Abuelo/abuela
☐ Padre/madre de crianza temporal (foster)
☐ Otro: pariente
☐ Otro: no pariente

J2 **¿Cuál es su sexo?**

☐ Masculino
☐ Femenino

J3 **¿Qué edad tiene?**

☐☐ Edad en años

J4 **¿Dónde nació?**

☐ En los Estados Unidos
☐ Fuera de los Estados Unidos

J5 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted ha completado?** *Marque UNA (X) en una casilla.*

☐ Grado 8 o menos
☐ Grado 9 al 12; sin diploma
☐ Completé secundaria o GED
☐ Completé un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
☐ Título asociado universitario (AA, AS)
☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J6 **¿Cuál es su estado civil?**

☐ Casado(a)
☐ No casado(a) pero vivo con una pareja
☐ Nunca me he casado
☐ Divorciado(a)
☐ Separado(a)
☐ Viudo(a)

J7 **En general, ¿cómo está su salud física?**

☐ Excelente
☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Deficiente

COPIA DE INFORMACION

J8 **En general, ¿cómo está su salud mental o emocional?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J9 **¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación de trabajo actual?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Trabaja SIN pago
- ☐ No tiene empleo pero está buscando trabajo
- ☐ No tiene empleo y no está buscando trabajo
- ☐ Jubilado(a)

J10 **¿Ha servido alguna vez en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Nunca estuvo en el servicio militar ➔ ***PASE a la pregunta*** **J12**
- ☐ Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional ➔ ***PASE a la pregunta*** **J12**
- ☐ Actualmente en servicio activo
- ☐ En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J11 **¿Fue mobilizado(a) en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

J12 **¿Tiene este(a) niño(a) otro padre, madre o cuidador adulto que vive en la casa?**

- ☐ Sí ➔ ***Complete las preguntas*** **J13** **-** **J23** ***para el otro padre(madre) o adulto cuidador***
- ☐ No ➔ ***PASE a la pregunta*** **K1** ***en la página 22***

Otro Padre, Madre o Cuidador en el Hogar

J13 **¿Cuál es la relación de este(a) cuidador(a) con este(a) niño(a)?**

- ☐ Padre biológico o adoptivo/madre biológica o adoptiva
- ☐ Padrastro/madrastra
- ☐ Abuelo/abuela
- ☐ Padre/madre de crianza temporal (foster)
- ☐ Otro: pariente
- ☐ Otro: no pariente

J14 **¿Cuál es el sexo de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

J15 **¿Qué edad tiene este(a) cuidador(a)?**

☐ Edad en años

J16 **¿Dónde nació este(a) cuidador(a)?**

- ☐ En los Estados Unidos
- ☐ Fuera de los Estados Unidos

COPIA DE INFORMACION

J17 **¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que este(a) cuidador(a) ha completado?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Grado 8 o menos
- ☐ Grado 9 al 12; sin diploma
- ☐ Completó secundaria o GED
- ☐ Completó un programa de escuela vocacional, comercial o de negocios
- ☐ Algunos créditos universitarios, pero sin título
- ☐ Título asociado universitario (AA, AS)
- ☐ Título de licenciatura universitaria (BA, BS, AB)
- ☐ Título de maestría (MA, MS, MSW, MBA)
- ☐ Título de doctorado (PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

J18 **¿Cuál es el estado civil de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Casado(a)
- ☐ No casado(a) pero vivo con una pareja
- ☐ Nunca se ha casado
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)

J19 **En general, ¿cómo está la salud física de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J20 **En general, ¿cómo está la salud mental o emocional de este(a) cuidador(a)?**

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

J21 **¿Cuál de las siguientes describe mejor la situación de trabajo actual de este(a) cuidador(a)?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Empleado a tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Trabaja SIN pago
- ☐ No tiene empleo pero está buscando trabajo
- ☐ No tiene empleo y no está buscando trabajo
- ☐ Jubilado(a)

J22 **¿Ha servido alguna vez este(a) cuidador(a) en el servicio activo de las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?**
Marque UNA (X) en una casilla.

- ☐ Nunca estuvo en el servicio militar → ***PASE a la pregunta*** **K1**
- ☐ Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva o la Guardia Nacional → ***PASE a la pregunta*** **K1**
- ☐ Actualmente en servicio activo
- ☐ En servicio activo en el pasado, pero no ahora

J23 **¿Fue este(a) cuidador(a) mobilizado en algún momento durante la vida de este(a) niño(a)?**

- ☐ Sí
- ☐ No

K. Información del Hogar

K1 **¿Cuántas personas viven o se quedan en esta dirección?** *Incluya a todas las personas que usualmente viven o se quedan en esta dirección. NO incluya a personas que están viviendo en otro lugar desde hace más de dos meses tales como estudiantes universitarios que viven afuera o personas de las Fuerzas Armadas mobilizadas.*

☐☐ Cantidad de personas

K2 **¿Cuántas de estas personas en su hogar son miembros de su familia?** *Familia se define como cualquier persona que tenga parentesco con este(a) niño(a) por consanguinidad, matrimonio, adopción o por el programa de crianza temporal (foster).*

☐☐ Cantidad de personas

COPIA DE INFORMACIÓN

K3 **Ingreso en 2022**
Marque una (X) en la casilla "Sí" para CADA TIPO de ingreso recibido por la familia y escriba su mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO. Marque una (X) en la casilla "No" para los tipos de ingresos NO recibidos.

a. Jornales, sueldos o salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos.

☐ Sí → $,,.00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.

☐ Sí → $,,.00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor o ingreso por herencias y fideicomisos.

☐ Sí → $,,.00 ☐ Pérdida
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

d. Seguro Social o retiro para personal de ferrocarriles; pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos(as) o pensión por incapacidad.

☐ Sí → $,,.00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés); cualquier asistencia pública o pagos de asistencia social estatal o local.

☐ Sí → $,,.00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

f. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia.

☐ Sí → $,,.00
☐ No
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

K4 **La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos en el año 2022. Piense en su ingreso familiar total EN EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO para todos los miembros de la familia. ¿Cuál es la cantidad total antes de impuestos?** *Incluya dinero por trabajo, manutención de menores, seguro social, ingresos por jubilación, pagos por desempleo, asistencia pública y demás. También incluya ingresos por intereses, dividendos, ingresos netos por negocios, actividades agrícolas o alquileres y cualquier otro dinero recibido como ingreso.*

$,,.00 ☐ Pérdida
CANTIDAD TOTAL en el último año calendario

COPIA DE INFORMACIÓN

Instrucciones de envío postal

Gracias por su participación.

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., queremos agradecerle por el tiempo y esfuerzo que dedicó a compartir información sobre este(a) niño(a) y su familia.

Sus respuestas son importantes para nosotros y permitirán que investigadores, legisladores y defensores de los derechos familiares comprendan mejor las necesidades relacionadas con la salud y la atención médica de los niños y las niñas de nuestra diversa población.

Coloque el cuestionario que completó en el sobre de devolución con franqueo pagado. Si no encuentra ese sobre, envíe el cuestionario por correo a:

U.S. Census Bureau
ATTN: DCB 60-A
1201 E. 10th Street
Jeffersonville, IN 47132-0001

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo calcula que completar la Encuesta Nacional de Salud Infantil toma unos 36 minutos como promedio. Los comentarios sobre el cálculo del tiempo o cualquier otro aspecto relacionado, incluidas sugerencias para reducir el tiempo, deben dirigirse a: U.S. Department of Commerce, Paperwork Project 0607-0990, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, Room 8H590, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a DEMO.Paperwork@census.gov y use "Paperwork Reduction Project 0607-0990" como asunto. Esta recopilación de información ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de aprobación de ocho dígitos de la OMB que aparece en la parte superior izquierda del cuestionario confirma la aprobación. De no mostrarse este número, no podríamos realizar esta encuesta.